

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 160

---

# LES KYSTES SYNOVIAUX DU POIGNET

## Leurs Rapports avec la Tuberculose

---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Avril 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Camille BOU-HANNA

né le 11 février 1891, à Alger

(Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire)



LYON

IMPRIMERIE GAUTIER & LAFORET

37, RUE BÉCHEVELIN, 37

—  
Avril 1920



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1919-1920. — N° 160

---

# LES KYSTES SYNOVIAUX DU POIGNET

## Leurs Rapports avec la Tuberculose

---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Avril 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Camille BOU-HANNA

né le 11 février 1891, à Alger

(Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire)



LYON

IMPRIMERIE GAUTIER & LAFORET

37, RUE BÉCHEVELIN, 37

Avril 1920

# PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.  
J. LEPINE..... ASSESEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,  
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).  
**PROFESSEURS**

|                                                       |                 |
|-------------------------------------------------------|-----------------|
| Cliniques médicales.....                              | MM. TEISSIER    |
| Cliniques Chirurgicales .....                         | ROQUE           |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....           | BARD            |
| Clinique ophtalmologique .....                        | TIXIER          |
| Clinique de maladies cutanées et syphilitiques .....  | BERARD          |
| Clinique des maladies nerveuses et mentales .....     | FABRE           |
| Clinique des maladies des enfants.....                | ROLLET          |
| Clinique des maladies des femmes.....                 | NICOLAS         |
| Physique biologique, radiologie, physiothérapie ..... | LEPINE (J.)     |
| Chimie biologique.....                                | WEILL           |
| Chimie organique et Toxicologie .....                 | POLLOSSON (A.)  |
| Matière médicale et Botanique .....                   | CLUZET          |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....    | HUGOUNENQ       |
| Anatomie .....                                        | MOREL           |
| Anatomie générale et Histologie.....                  | MOREAU          |
| Physiologie.....                                      | GUIART          |
| Pathologie interne .....                              | X...            |
| Pathologie et Thérapeutiques générales .....          | POLICARD        |
| Anatomie pathologique .....                           | DOYON           |
| Médecine opératoire .....                             | COLLET          |
| Médecine expérimentale et comparée.....               | MOURIQUAND      |
| Médecine légale .....                                 | PAVIOT          |
| Hygiène .....                                         | X...            |
| Thérapeutique.....                                    | ARLOING (F.)    |
| Pharmacologie .....                                   | Etienne (M.TIN) |
|                                                       | COURMONT (P.)   |
|                                                       | PIC             |
|                                                       | FLORENCE        |

## PROFESSEURS ADJOINTS

|                                                  |             |
|--------------------------------------------------|-------------|
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx ..... | MM. LANNOIS |
| Pathologie externe .....                         | VALLAS      |
| Maladies des voies urinaires .....               | ROCHET      |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                               |                 |        |
|-----------------------------------------------|-----------------|--------|
| Chimie minérale.....                          | MM. BARRAL,     | agrége |
| Propédeutiques de gynécologie .....           | CONDAMIN,       | —      |
| Chirurgie infantile.....                      | NOVE-IOSSERAND, | —      |
| Accouchements .....                           | COMMANDEUR,     | —      |
| Embryologie.....                              | LATARJET,       | —      |
| Anatomie topographique.....                   | PATEL,          | —      |
| Botanique.....                                | BRETIN,         | —      |
| Chirurgie expérimentale.....                  | VILLARD,        | —      |
| Clinique infantile .....                      | X....,          | —      |
| Déontologie et médecine professionnelle ..... | X....,          | —      |

## AGRÉGÉS

|               |                 |                  |                       |
|---------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| MM.           | MM.             | MM.              | MM.                   |
| BARRAL        | BRETIN          | SAVY             | BONNAMOUR,            |
| COMMANDEUR    | LERICHE         | FROMENT          | chargés des fonctions |
| NEVEU-LEMAIRE | THEVENOT (Léon) | THEVENOT Lucien) | SARVONAT id.          |
| LAROYENNE     | TAVERNIER       | PIERY            | FAVRE id.             |
| VORON         | CADE            | COTTE            | GRAVIER id.           |
| NOGIER        | GUILLEMARD      | DUROUX           | ROUBIER id.           |
| LATARJET      | GARIN           |                  |                       |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THESE

M. TIXIER, *Président*; M. LERICHE, *Assesseur*;  
M. THEVENOT (Léon), *Prof. agrégé*; et M. DUROUX, *Prof. agrégé*.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de mon affection  
qui est sans borne, comme la  
reconnaissance que je lui dois.

A MES PARENTS

A MES AMIS

PARTICULIÈREMENT AU DOCTEUR LOUIS LABAN

AU DOCTEUR JOSEPH LAUZIÈRE

A MES

CAMARADES MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

AU GROUPE DE BRANCARDIERS

DE LA 73<sup>e</sup> DIVISION

AU 367<sup>e</sup> RÉGIMENT D'INFANTERIE

ET A LEURS MORTS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a toujours accueilli avec une extrême bienveillance. Il nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre thèse.

Nous le prions d'agréer l'hommage de nos plus respectueux remerciements.

A MES JUGES

A MES MAITRES

De la Faculté de Médecine de Toulouse

De la Faculté de Médecine de Lyon

Et de l'Ecole du Service de Santé Militaire

## INTRODUCTION

---

La région du poignet nous offre de multiples séreuses constituant les unes les synoviales articulaires, les autres les synoviales tendineuses. Ces formations séreuses présentent une analogie anatomique et fonctionnelle particulièrement étroites ; analogie qui se retrouve dans les divers processus pathologiques qui peuvent les atteindre.

En particulier, à leurs dépens peuvent se développer de petites tumeurs liquides dites *Kystes*. Tout en nous conformant à la distinction établie par Foucher et Demarquay, qui distinguent :

1° *Les kystes synoviaux articulaires.*

2° *Les kystes synoviaux tendineux.*

nous les engloberons dans une étude générale ; les kystes tendineux ne présentant de spécial que leur situation éloignée de toute synoviale articulaire.

Dès maintenant nous éliminons les kystes hydro-piques, ou synovites kystiques qui résultent de la transformation en un kyste de toute la cavité synoviale d'un tendon.

Connus dès les temps les plus reculés de la médecine, les kystes du poignet ont fait l'objet de nombreuses études et de multiples publications au point de vue et de leur pathogénie et de leur traitement.

Si nous nous occupons aujourd'hui de cette question après tant d'auteurs, après tant de maîtres illus-

tres, c'est que nous espérons montrer *les rapports de ces kystes et de la tuberculose*. Vue sous ce jour la question est peu avancée, du moins si l'on s'en tient aux documents écrits ; mais cette étude nous a été rendue facile par l'enseignement de Monsieur le Professeur Tixier (Cliniques chirurgicales de 1919) et les conseils éclairés de Monsieur le Docteur Murard.

Nous avons établi notre plan de la façon suivante :

- 1<sup>o</sup> Historique.
  - 2<sup>o</sup> Pathogénie.
  - 3<sup>o</sup> Anatomie pathologique.
  - 4<sup>o</sup> Etiologie.
  - 5<sup>o</sup> Etude clinique et diagnostic.
  - 6<sup>o</sup> Point de vue médico-légal.
  - 7<sup>o</sup> Observations.
  - 8<sup>o</sup> Traitement.
  - 9<sup>o</sup> Conclusions.
-

## CHAPITRE PREMIER

### Historique.

Les Kystes du poignet par la gêne qu'ils entraînent, par leur situation qui les soumet immédiatement à l'examen objectif et subjectif, ont été étudiés depuis fort longtemps. Il est peu d'affections qui aient été sujettes à une aussi grande confusion au point de vue de leur dénomination et qui aient éludé aussi aisément les théories.

Les mémoires les plus anciens en parlent, mais comme nous le disions les auteurs leur donnent les noms les plus variés et les origines les plus diverses.

En se rappelant, que pour Galien nerf et tendon ont la même signification, nous trouvons peut-être chez lui la première allusion :

« *Ganglio est nervi collectio præter naturam quæ in corpore concrevit* ».

Plus tard on a cru que c'était une hydropisie des petites articulations du poignet.

Leveillé, Boyer, Richemond trouvent quelques-uns de ces petits kystes isolés dans le tissu cellulaire péri-synovial, ils les attribuent à une production pathologique de ce tissu.

En 1746, Eller se basant sur le début brusque de ces tumeurs en voit l'explication dans la rupture d'une synoviale déjà affectée d'hydropisie.

En 1749, Mouro décrit des fongosités ; Brodie, profitant des travaux précédents pousse les recherches plus avant et décrit des « *fongus* ». Mais il les confond avec les dégénérescences cancéreuses et n'isole pas les productions articulaires.

Cruveilhér, en 1816, jette les bases d'une classification des kystes en général. Il tient compte du siège et de l'origine de la lésion, bien plus que du contenu du kyste ; il ne fait que mentionner les kystes du poignet.

Cloquet, Ollivier (Dictionnaire des Sciences médicales) appliquent le nom de *ganglion* aux tumeurs du poignet ; mais ils confondent sous cette dénomination ganglion et hydropisie.

En 1837, Leguey désigne ces tumeurs sous le nom d'*inguinocèles péri-tendineuses* ; ce nom n'acquiert point droit de cité, et nous ne le retrouvons chez aucun auteur. A la même époque Dupuytren préconise l'extirpation comme traitement de choix. N'ayant pas à son service l'antiseptie nécessaire, il ne peut constater que de mauvais résultats.

C'est à Gosselin que revient le mérite d'une étude complète sur ce sujet, dans le mémoire qu'il présente à l'Académie de Médecine en 1850. Il traite de l'origine, de la nature et du siège de ces « ganglions ». Bégin (Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique) poursuivant ses recherches émet la théorie de la « *Hernie articulaire* », contre laquelle s'élève immédiatement Gosselin. Néanmoins elle est reprise par d'autres auteurs et trouve plus tard sa confirmation dans les recherches expérimentales de Poirier.

Foucher, en 1854, reprenant l'étude des follicules

décrits par Gosselin, démontre que l'on en rencontre également dans les synoviales tendineuses. Ces follicules s'oblitérent, augmentent de volume et traversent les éraillures des ligaments et des aponévroses.

En 1857, Legouest dans une thèse de concours d'agrégation traite des kystes synoviaux du poignet et de la main et donne la préférence à la théorie herniaire.

Broca, dans son traité des Tumeurs, se montre partisan de la théorie de Gosselin et adopte d'autre part la classification de Cruveilhier. Il isole ainsi les kystes du poignet et leur donne une place à part dans l'innombrable variété des kystes.

Vidal de Cassis trouve que le terme de ganglion est de nature à jeter la confusion ; il lui substitue la dénomination : d'*Hydropisie des cavités péritendineuses* ; dénomination aussi vague et aussi confuse, mais qui avait l'avantage d'indiquer l'analogie de ces tumeurs avec les autres affections de nature séreuse.

Velpeau, dans ses leçons cliniques emploie le terme de « *kystes synoviaux* ».

## CHAPITRE II

### Pathogénie.

Aux dépens de quelle partie de la synoviale articulaire ou tendineuse se forme le kyste? Nous avons signalé la plupart des théories au cours de notre histoire; nous allons nous arrêter plus longuement à quelques-unes d'entre elles. Nous pouvons les ranger sous deux chefs principaux, comprenant chacun deux théories.

I. — *Les kystes du poignet se développent aux dépens d'une cavité préformée:*

1° THÉORIE FOLLICULAIRE;

2° THÉORIE DE LA HERNIE SYNOVIALE.

II. — *Les kystes du poignet se développent en dehors de toute cavité préformée:*

3° THÉORIE NÉOPLASIQUE;

4° THÉORIE DE FRANZ.

I. — 1° THÉORIE FOLLICULAIRE. — Théorie de Gosse-  
lin. Immédiatement au-dessous de la synoviale articulaire, derrière le semi-lunaire et le scaphoïde, ou bien au niveau du ligament interosseux qui les unit se trouvent fréquemment des corpuscules blanchâtres ou grisâtres. Les uns font une légère saillie dans l'articulation et se voient sans préparation; les autres, et ce sont les plus fréquents, ne se voient qu'après avoir enlevé la synoviale articulaire avec précaution, car ils

lui adhèrent toujours un peu plus intimement dans un point que dans les autres. Ces corpuscules sous-synoviaux ont le volume d'un grain de millet, d'une tête d'épingle, d'un pois ; quelques-uns volumineux ne font pas encore saillie appréciable à travers les téguments. Ils ne communiquent pas avec l'articulation radio-carpienne, ils ne possèdent pas d'orifice.

D'autre part Foucher a montré l'existence de pareils follicules dans les synoviales tendineuses.

Si ce corpuscule sous-synovial ne reste pas stationnaire, s'il ne s'ouvre pas dans l'articulation ou dans la gaine tendineuse, il se développe et vient former sous la peau les tumeurs dénommées *ganglions*, ou *kystes du poignet*. C'est ce qui arrive quand le corpuscule rencontre une éraillure aponévrotique, ou lorsqu'il peut vaincre la résistance des tissus voisins. La tumeur peut aussi, après avoir pris un certain accroissement sous les tissus fibreux, s'engager tout à coup dans une éraillure aponévrotique et arriver subitement sous la peau. Ainsi s'explique son apparition brusque à la suite de grands mouvements. Ce mode de développement a peut-être contribué à faire admettre l'opinion d'une hernie synoviale et c'est la deuxième théorie que nous allons étudier.

2° THÉORIE DE LA HERNIE SYNOVIALE. — Théorie de Bégin. C'est la hernie d'un kyste qui existait au-dessous et était resté inaperçu depuis un temps plus ou moins long. Cette théorie trouve une vérification dans une constatation d'amphithéâtre et dans une étude anatomique. En injectant une synoviale articulaire, on voit de véritables diverticules séreux passer au travers

du revêtement ligamenteux ; il en serait de même pour les séreuses tendineuses. Ces hernies se font donc à travers les points faibles de la région, et d'autant mieux que la synoviale articulaire présente un certain nombre de diverticules constants ; un prolongement pré-styloïdien, au devant de l'apophyse styloïde du radius ; un autre émerge par l'orifice que ménagent avec le bord antérieur de l'extrémité radiale, les fibres supérieures du ligament antéro-externe de l'articulation radio-carpienne. Enfin sur la face dorsale, au-dessous du ligament postérieur, là où la capsule va s'insérer par des fibres clairsemées sur la face postérieure du scaphoïde et du semi-lunaire, la synoviale pousse entre ces fibres des prolongements.

Toutes ces logettes peuvent être le point de départ de kystes synoviaux qui deviendraient alors symptomatiques d'une hydarthrose concomitante.

Cette théorie fait donc dériver directement le kyste de la cavité synoviale articulaire ou tendineuse ; la tumeur devrait donc conserver des connexions suffisantes avec la cavité primitive et présenter par conséquent une réductibilité sinon absolue, du moins partielle. On admet alors que par inflammation chronique il s'établit une oblitération secondaire du trajet intermédiaire. Une autre objection se trouve dans l'examen du contenu du kyste, qui même au début n'est pas de la vraie synovie.

II. — 3° THÉORIE NÉOPLASIQUE. — Elle a été émise par Boyer et par Knorr ; elle a trouvé comme nouveau défenseur Ledderhose.

L'évolution du kyste, ses caractères cliniques et ana-

tomo-pathologiques, permettent d'éliminer cette hypothèse.

4<sup>e</sup> THÉORIE DE FRANZ. — Enfin nous avons une dernière théorie présentée par Franz. Il adopte pour ces formations la théorie pathogénique de l'hygroma de Langemak.

Les gaines synoviales péri-tendineuses, les régions péri-articulaires, ne constituent pas des organes définis. Ce sont à vraiment parler des régions où le tissu interstitiel du membre peut subir des modifications qui l'adaptent à sa fonction.

Sous l'influence d'une irritation relevant soit de causes mécaniques (surmenage des tendons de la région, frottements répétés), soit d'une infection il se produit une hyperémie du tissu conjonctif. Cette hyperémie s'accompagne d'un double processus anatomo-pathologique :

a) : Hyperplasie du tissu fibreux, formant la poche ;

b) : Fonte du tissu adipeux par dégénérescence colloïde, fonte donnant naissance au liquide collecté.

Cette théorie aurait l'avantage d'expliquer et le défaut de connexions du kyste avec les séreuses articulaires ou tendineuses, et les différences qui existent entre le liquide de synovie et le liquide renfermé dans ces petites tumeurs.

Mais comment nous expliquer alors l'apparition des cellules endothéliales qui tapissent la face interne de la poche kystique ?

Sans exclure cette dernière théorie, en somme séduisante, nous dirons que les théories folliculaire et herniaire peuvent être respectivement adoptées. Si

dans certains cas la présence de follicules sous-synoviaux lève tout doute au point de vue pathogénique, dans d'autres l'origine la plus fréquente se fait aux dépens d'une hernie de la synoviale distendue par l'hydarthrose de la jointure sous-jacente. Dans ce dernier cas, nul expression ne semble mieux appropriée pour ces kystes que celle de Poirier: « *Hernie articulaire* ».

---

### CHAPITRE III

#### **Anatomie pathologique.**

Cette étude comporte la connaissance de la poche kystique et de son contenu.

Nous nous inspirerons des travaux déjà parus et nous en reproduirons les principaux passages. (Hochet. Thèse de Paris 1894. — Lecourt. Thèse de Paris 1896).

Les premiers examens microscopiques sur cette question ont été faits par E. Robin et Lebert en 1858 et ils sont amenés aux conclusions suivantes : « La poche qui constitue le ganglion a la même structure que la synoviale articulaire. On y retrouve le même épithélium pavimenteux à la partie interne; l'enveloppe fibreuse est souvent plus dense que celle de la synoviale et rendue plus épaisse par les pressions, les frottements, l'addition du tissu cellulaire environnant. Quelquefois, au contraire, les parois s'amincissent au point de se rompre sous le moindre effort ».

Hochet signale la formation de productions vil-  
leuses, qui peuvent simuler des franges synoviales.

« D'une façon générale, dit-il, à part certains points plus ou moins altérés par des lésions d'inflammation chronique, la paroi ganglionnaire, sur une coupe perpendiculaire à sa surface interne, présente la structure ordinaire des synoviales.

« Il existe sur la membrane interne un revêtement endothélial composé de cellules polygonales, à contours souvent arrondis, tout à fait comparable à celui des synoviales. L'endothélium formant le revêtement interne du kyste repose sur une couche assez mince de tissu conjonctif lâche, sans orientation précise, et renfermant des fibres élastiques et des cellules adipeuses, qui constituent par places des amas assez considérables. Cette couche périphérique ne présente pas d'ailleurs de limites nettes dans sa partie superficielle, se continuant sans la ligne de démarcation avec le tissu conjonctif ambiant.

« Notons que dans un cas, nous avons constaté en plusieurs points de la paroi kystique de petits foyers hémorragiques diffus, et des lésions inflammatoires des petits vaisseaux avec une infiltration assez étendue de cellules rondes, témoignant d'un processus inflammatoire récent ».

Quant au contenu du kyste, il est extrêmement variable : il peut être soit liquide, soit solide, et présenter entre ces deux états toutes les variations possibles.

Ce contenu quand il est liquide est parfois transparent ; teinté en jaune, orange, blanc ou même incolore. Il est à remarquer que les nuances ne sont jamais bien nettes.

D'autres fois il a la consistance de la gelée, ou bien il se présente avec les caractères d'un liquide sirupeux et filant.

Liquide ou solide le contenu du kyste ne présente pas de traces de corps microbiens.

---

## CHAPITRE IV

### Etiologie.

Le kyste du poignet se rencontre rarement dans l'enfance; il se présente avec le maximum de fréquence à l'âge adulte, de 18 à 35 ans.

Les deux sexes sont sujets à cette affection, sans que la proportion exacte puisse être déterminée. La fréquence semble être beaucoup plus grande chez la femme que chez l'homme. Or, la cause occasionnelle étant généralement un effort on serait porté à croire que les tissus tendineux de la femme sont moins résistants que ceux de l'homme; à moins d'admettre avec Schwartz, qu'il existe chez la femme « *comme une diathèse kystique* ».

Nous devons faire remarquer les modifications que peuvent subir les kystes, dans certains états pathologiques, physiologiques et sous l'influence climatérique. Michon, parle d'un malade dont le kyste synovial disparaissait pendant les accès de colique néphrétique. d'un autre où les accès de goutte faisaient disparaître les kystes.

La grossesse serait de nature à faire subir des modifications aux kystes. Moïnichen aurait vu la disparition d'un kyste synovial au moment de l'accouchement, kyste qui réapparaissait la seconde semaine après les

couches. Anel n'aurait jamais vu de kystes coïncider avec la grossesse.

Une influence semblable serait exercée par les changements de milieu chez certains malades. Delstanche, rapporte le cas d'un malade qui atteint de cinq kystès, les vit tous disparaître pendant un séjour au Guatémala et les vit tous réapparaître à son retour en Belgique. Nous avons nous-mêmes vu une malade, qui pendant son séjour à Epinal voit apparaître un kyste du poignet; il disparaît peu après son arrivée à Lyon (observation n° II).

Au point de vue de l'étiologie, il n'est point possible d'établir une division nette et de considérer ainsi une *origine mécanique et une origine infectieuse*. Nous ne saurions mettre en doute le facteur mécanique, mais nous n'avons là peut-être qu'une cause prédisposante, la cause prépondérante restant au facteur infectieux.

CAUSES MÉCANIQUES. — Les causes mécaniques trouvent leur justification dans l'apparition brusque des kystes.

1° A la suite de grands mouvements comme chez les faucilleurs, les forgerons, les terrassiers, les nourrices, les bonnes d'enfants;

2° A la suite de mouvements de torsion de la main (Larger); menuisiers (rabot, tournevis); garçons de café (port du plateau), blanchisseuses (torsion du linge);

3° A la suite de mouvements de faible amplitude, mais amenant des froissements par leur répétition fréquente comme chez les peintres, les pianistes, les violonistes, les dactylographes;

4<sup>o</sup> A la suite de traumatismes.

Dans tous ces cas, l'acte accompli au moment précis où l'ouvrier sentait pour la première fois sa douleur, et voyait apparaître la tumeur kystique, ne peut être retenu comme la cause déterminante de l'affection.

Peut-être joue-t-il le rôle de cause occasionnelle ; plus probablement n'est-il que l'occasion pour le malade de se rendre compte d'une lésion demeurée jusqu'alors insoupçonnée.

Il y a là un phénomène dont la psychologie est banale, et dont on trouve l'analogue dans l'histoire des femmes qui atteintes d'un néoplasme mammaire au début, l'ignorent pendant longtemps ; puis un jour subissent un traumatisme quelconque, douloureux à cause de la présence de la tumeur. Elles s'aperçoivent alors de sa présence, et n'en font pas remonter la cause plus haut que ce dernier accident.

CAUSES INFECTIEUSES. — La cause déterminante dans la production des kystes du poignet est avant tout l'infection, et en particulier la tuberculose. Cette origine tuberculeuse paraît évidente dans un nombre considérable de faits cliniques.

Les kystes du poignet, par leur structure se rattachent au système séreux ; et depuis Bichat nous savons que l'identité de structure des séreuses se traduit en anatomie pathologique et en clinique par une identité de lésions et de symptômes.

Or les agents pathogènes de la tuberculose se localisent sur le système séreux avec une prédilection marquée. Leur action se fait soit directement, soit par l'intermédiaire de leurs toxines ; nous pouvons donc

supposer à priori que les kystes du poignet ne doivent pas faire d'exception dans leur pathologie.

Il eut été osé de rapporter les kystes du poignet à la tuberculose, vu l'absence de caractère spécifique des lésions. Mais, les études de M. Poncet et les recherches de l'Ecole Lyonnaise nous ont fait connaître à côté de la tuberculose classique et spécifique, une tuberculose aspécifique, sans réactions anatomiques caractéristiques : la tuberculose inflammatoire. Le bacille de Koch ne détermine que des réactions banales d'inflammation, sans caractère histologique spécifique.

Cette manifestation de la tuberculose est tantôt primitive, tantôt secondaire.

*Tuberculose primitive.* — Le sujet est parfois débilité ; mais le plus souvent le malade a les apparences d'une santé florissante. La clinique ne décèle rien du côté du tube digestif ou de l'arbre respiratoire ; néanmoins ce sont là les voies de pénétration de l'agent pathogène, qu'il y ait lésion, ou qu'il ait pénétré sans laisser de traces de son passage. L'infection se fait par la voie sanguine et les manifestations kystiques seraient dues soit à des toxines solubles, soit à des poisons adhérents (analogues à l'extrait chloroformé isolé par Auclair des cultures de bacilles), soit à l'action directe d'un bacille à type spécial, ou à virulence très atténuée.

*Tuberculose secondaire.* — Le sujet présente déjà des lésions tuberculeuses en évolution ou des antécédents tuberculeux avérés. L'infection se fait soit par la voie sanguine : infection hémotogène, soit par propagation.

Dans le premier cas, le point de départ est une lésion pulmonaire, intestinale ; dans le deuxième cas, le point

de départ est une tuberculose articulaire, un foyer d'os-teite tuberculeuse d'où l'infection s'est faite par propa-gation de proche en proche dans la continuité des tissus.

Dans de pareilles conditions, le kyste perd de son ap-parente bénignité, puisqu'il est parfois la première mani-festation de la tuberculose. Les rapports avec les gaines synoviales, avec les articulations sous-jacentes, font de cette tuberculose une menace et pour les jointures voi-sines et pour toute l'économie en créant un foyer qui sera peut-être le point de départ de généralisations. Et comme le dit M. le Professeur Tixier, le kyste du poi-n t devient « un *signal d'alarme* et loin de le considérer comme une affection banale, sans aucune importance, il est bon d'en surveiller l'évolution et de le traiter d'une façon rationnelle ».

Pour affirmer cette origine tuberculeuse des kystes du poignet, nous savons qu'il nous sera demandé des faits précis, bien étudiés, auxquels un examen histologique et bactériologique achève de donner un réel caractère d'au-thenticit . Mais à côté de cette démonstration scienti-fique, il y a la pathologie générale, et une certitude cli-nique.

En effet, la meilleure preuve de la nature tubercu-leuse de ces kystes, c'est l'évolution d'une tuberculose de l'articulation, d'une tuberculose générale. Nous en trouvons quelques exemples dans nos observations. Dans l'observation I, nous avons une jeune fille, présen-tant des antécédents tuberculeux ; nous ne relevons rien dans ses antécédents personnels ; à 22 ans, apparition d'un kyste du poignet, auquel il n'est attaché aucune

importance ; et brusquement, quelques mois après, nous avons le tableau dramatique d'une méningite tuberculeuse.

L'observation III nous présente une malade dont les antécédents nous révèlent une pleurésie antérieure. Nous savons la part énorme qui revient au bacille de Koch dans l'étiologie de cette affection ; nous pouvons donc admettre que la malade déjà touchée par la tuberculose au niveau de ses plèvres a présenté comme manifestations secondaires de cette tuberculose un kyste du poignet et une appendicite, affection pour laquelle elle est hospitalisée.

Quelques jours après l'appendicectomie, nous voyons se développer un épanchement pleural. Nous avons là une nouvelle localisation séreuse du bacille tuberculeux ou de ses toxines.

Dans l'observation IV nous avons une malade qui a eu une adénite dans l'enfance et dont l'état général est peu satisfaisant depuis de nombreuses années. L'examen des poumons pratiqué en février 1920 révèle des signes pulmonaires et pleuro-pulmonnaires qui nous font songer à une tuberculose fibreuse peu évolutive. Néanmoins le bacille de Koch s'est manifesté au niveau du poignet par l'apparition d'un kyste synovial.

Il nous reste l'observation II : pendant longtemps la première manifestation tuberculeuse chez cette malade semble revêtir l'allure rhumatismale.

Sous l'influence du travail au tour nous voyons le processus tuberculeux fixer son action au niveau de l'articulation du poignet gauche, puis apparition d'un kyste synovial.

Les douleurs rhumatismales persistent ; l'état général de la malade va en s'affaiblissant. L'examen des crachats donne un résultat positif et au poumon, nous trouvons au sommet droit des signes de sclérose légère. Dans cette observation l'atteinte pulmonaire semble consécutive aux atteintes des séreuses articulaires.

De l'exposé de ces données étiologiques, nous concluons que si les causes mécaniques ont un rôle certain dans la production des kystes du poignet, ils constituent souvent une forme atténuée de tuberculose articulaire ; il faut donc en surveiller l'évolution et leur attribuer une valeur séméiologique de premier ordre.

---

## CHAPITRE V

### Etude clinique et diagnostic.

Le kyste du poignet peut se rencontrer sur tout le pourtour du poignet, mais son siège de prédilection est la face dorsale; au niveau de l'interligne articulaire. On le sent parfois nettement accolé à la face externe des tendons extenseurs, et en particulier du grand extenseur du pouce, du grand abducteur et du court extenseur du pouce.

Le kyste forme une petite masse plus ou moins arrondie, tendue, quelquefois fluctuante, mais le plus souvent très dur. Ses dimensions vont de celles d'un gros pois, à celles d'une noisette; la petite tumeur augmente lentement de volume, elle peut rester stationnaire pendant plusieurs mois, pour arriver à la grosseur maxima d'une noix.

Les kystes peuvent être multiples sur le même membre; ils se présentent alors avec des volumes différents et n'ont pas nécessairement une évolution parallèle. La peau garde son aspect normal, pas de rougeur et n'est pas en contact direct avec la tumeur qui est fortement fixée dans la profondeur. Le kyste fait saillie dans les mouvements de flexion de la main, et semble disparaître dans les mouvements d'extension. Quand il est volumineux, il a parfois une teinte bleuâtre, par

transparence, ce qui le fait ressembler à une tumeur variqueuse. Ordinairement indolent, il occasionne une sorte de gêne, d'ennui de sentir ce petit nodule frotter à chaque mouvement du poignet. Il est néanmoins susceptible, sous l'influence de la fatigue, de déterminer des douleurs parfois si intenses, qu'elles entraînent l'immobilité du membre.

Un examen approfondi montre que ces douleurs n'appartiennent pas au kyste lui-même ; elles sont liées à un certain degré d'arthrite radio-carpienne. En effet, à la pression on trouve un point osseux ou articulaire très sensible au-dessous ou à côté du kyste ; la recherche de ce point douloureux doit se faire en flexion.

Le kyste peut affecter des rapports avec les organes voisins ; les tendons de la région le brident plus ou moins, auquel cas on a l'impression d'avoir plusieurs petites tumeurs ; le voisinage de la radiale ou de la radio-palmaire peut lui communiquer des battements et simuler une tumeur anévrysmale ; enfin le kyste peut avoir des rapports avec les troncs nerveux et donner lieu à des douleurs névralgiques.

Schwartz rapporte dans un cas de kyste du poignet des douleurs intolérables dues à ce fait que des rameaux du cubital étaient soulevés et tendus par le kyste synovial.

Le diagnostic du kyste synovial ou tendineux peut se poser avec :

1° *La synovite tendineuse simple* : le moindre mouvement est douloureux et arrache des cris au malade. C'est l'air crépitant. A la palpation on a une sensation de crépitation produite par le coulisement des tendons ;

2° *La synovite à grains riziformes.* — La tumeur épouse la forme de la gaine atteinte, et si en un point se produit un étranglement il y a production du bruit de chaînon ;

3° *Une tumeur anévrysmale.* — Dans le cas où le kyste est périartériel, la tumeur dans ces conditions semble animée de battements ; mais il manque le souffle et le thrille caractéristique de l'anévrysme ;

4° *Une saillie osseuse.* — Dans ce cas l'exostose est plus dure et plus immobile. De plus l'examen radiographique peut lever le doute ;

5° *Un névrome.* — Les douleurs constituent le symptôme prédominant, ce sont des névralgies intermittentes ou continues avec paroxysmes. La pression de la tumeur aggrave la douleur qui s'irradie dans le territoire de distribution du nerf ;

6° *Un kyste hydatique.* — Il est extrêmement rare dans cette région ; la ponction et l'étude du liquide permettent de faire le diagnostic ;

7° *Un kyste sébacé.* — Il peut se présenter avec les signes d'un kyste synovial, mais il est toujours adhérent à la peau ;

8° *Abcès froid.* — La tuméfaction est plus globuleuse, plus fluctuante. La peau ne présente pas de modifications comme dans le kyste, mais l'évolution est liée à d'autres lésions du voisinage articulaires ou osseuses.

## CHAPITRE VI

### **Point de vue médico-légal.**

Pour la rédaction de ce chapitre nous nous sommes inspirés de la thèse de notre ami le Docteur Laban (Thèse de Lyon-1915) et des conseils du Docteur Mazel à qui nous présentons tous nos remerciements.

Dans le chapitre IV, relatif à l'étiologie, nous avons dit que les causes mécaniques trouvent leur justification dans l'apparition brusque des kystes, à la suite des grands mouvements, des mouvements de torsion de la main, des mouvements de faible amplitude répétés, des traumatismes. Dans notre exposé nous confondrons toutes ces causes sous la dénomination générale de traumatisme.

Nous ne reviendrons pas sur ces différentes professions et nous ne prétendons pas en avoir donné une énumération complète. Quoiqu'il en soit, cette affection relève-t-elle de la Loi des accidents du travail ? L'individu atteint, indique souvent que son attention a été attirée pour la première fois par une sensation douloureuse, perçue au cours d'un mouvement quelconque ou d'un effort un peu plus considérable que de coutume et cela à l'occasion du travail. Or la loi du 9 avril 1918, modifiée par les lois du 22 mars 1902 et du 31 mars 1905, précise la responsabilité des accidents dont les ouvriers

sont victimes pendant leur travail et du fait de leur travail :

« L'ouvrier n'a plus de risque professionnel à courir ; comme son travail le fait créancier du salaire, tout accident du travail le fait créancier d'une indemnité. » (Millerand, ministre du commerce 1901).

Les conséquences médicales de l'accident sont au nombre de quatre : La mort, l'incapacité temporaire, l'incapacité partielle et l'incapacité permanente totale.

L'affection que nous étudions suit à l'origine une évolution bénigne, nos accidentés se rangent donc dans la deuxième catégorie, celle des incapacités temporaires, qui leur donne droit à l'attribution d'une indemnité journalière égale à la moitié du salaire perçu au moment de l'accident.

Nous n'étudierons la question qu'à ce premier stade de l'affection. Pour que ce droit soit créé, il faut que l'affection présentée par l'ouvrier soit véritablement un accident du travail. Voici la définition qu'en donne Thoinot : « Toute blessure externe, toute lésion chirurgicale ou médicale, avec ou sans lésion corporelle concomitante, résultant de l'action soudaine d'une violence extérieure intervenant pendant le travail ou à l'occasion du travail ; toute lésion interne déterminée par un effort violent au cours du travail. » Avec la tendance qu'a l'ouvrier à se croire et à se dire blessé, il attribuera sa lésion à l'acte qu'il accomplissait au moment où elle lui est devenue sensible : « post hoc, ergo propter hoc ». Il lui sera donc toujours possible de dire qu'à la suite d'un mouvement plus violent que de coutume, à la suite d'une fatigue professionnelle, sa lésion a fait apparition.

Or, nous avons vu le rôle qu'il faut faire jouer à l'infection tuberculeuse dans la production des kystes du poignet. Il s'agirait donc d'une maladie préexistante, dont la localisation aurait pu à la rigueur être déterminée par les circonstances de la profession.

Dans ce cas le travail interviendrait non pas comme créateur de la lésion, mais comme révélateur d'une affection latente. Mais, la jurisprudence de ces cas est maintenant bien fixée; la Cour de Cassation a déclaré que *les juges ne doivent pas distinguer dans les suites d'accidents, la part qui revient à une maladie préexistante et celle qui est la résultante directe du traumatisme.*

La décision sera exclusivement judiciaire, et à notre avis le rôle du médecin consistera à fournir au juge toutes les indications, tous les éléments médicaux qu'il obtiendra en fouillant chaque cas d'espèce. Donc en présence d'un individu atteint d'un kyste du poignet, et se disant victime d'un accident du travail, il faudra :

1° *Faire la preuve d'un phénomène anormal* : mouvements exagérés, fatigue, traumatisme ; en évaluer l'importance et le mécanisme ;

2° *Preuve judiciaire.* — Prouver que le phénomène mentionné s'est réellement produit au cours ou à l'occasion du travail ;

3° *Preuve médicale.* — Etude de l'état antérieur, puis étude de l'état actuel. Nous envisageons alors deux cas :

a) Le malade ne présentait rien au moment de l'accident. Au cours du travail, douleur, puis apparition du kyste au bout d'un temps plus ou moins long et dans des délais normaux. Au point de vue juridique on doit

écarter la prédisposition et la loi est complètement applicable ;

b) Le kyste est apparu au moment même de l'accident. Il est alors impossible d'invoquer un rapport de cause à effet ; le traumatisme n'ayant pu constituer de toutes pièces le kyste. On peut admettre, selon toute vraisemblance, que l'affection préexistait, qu'elle était latente, non douloureuse, non décelée. Le traumatisme l'a révélée, et dans certains cas il peut l'aggraver ou en accélérer l'évolution.

Le médecin devra également mentionner que malgré sa bénignité apparente, la lésion peut dans certaines circonstances présenter des aggravations locales ou générales.

Nous voyons donc la complexité de la question ; elle ne peut être solutionnée par une formule unique et simple, ce qui d'ailleurs serait une erreur. En effet, la jurisprudence évolue constamment, la ligne de conduite réside dans l'appréciation des éléments juridiques et médicaux pour chaque cas d'espèce.

---

## CHAPITRE VII

### Observations.

OBSERVATION I. (Due à l'obligeance de M. le Professeur Tixier).

M<sup>lle</sup> V..., 22 ans.

*Antécédents collatéraux.* — Un frère a présenté une hydarthrose sévère ayant nécessité une ponction, l'injection de glycérine iodoformée puis l'immobilisation dans un appareil plâtré et silicaté pendant plusieurs mois. Cette thérapeutique donne de très bons résultats ; guérison, avec mouvements de flexion et d'extension très étendus.

*Antécédents personnels.* — Rien dans l'enfance. Au moment de la puberté embonpoint plutôt exagéré.

Depuis quelques semaines, sous l'influence d'exercices de piano prolongés, apparition sur la face dorsale du poignet gauche d'un kyste articulaire absolument indolore, et sur lequel la jeune fille n'attire pas l'attention. A l'occasion d'une visite faite au Docteur Tixier, pour annoncer ses fiançailles, découverte du kyste, qui préoccupe M. Tixier en raison de l'histoire apparemment tuberculeuse du frère. Malgré ses recommandations on n'attache aucune importance à cette petite affection.

Quelques jours avant le mariage, la jeune fille est prise de céphalée, de vomissements intenses annonçant l'apparition d'une méningite tuberculeuse, qui en quelques jours amène la mort de la malade.

OBSERVATION II. (Personnelle).

Marie G..., ménagère, 34 ans. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. Pas de maladie de l'enfance. Durant la guerre la malade quitte Lyon pour aller à Epinal. Pendant trois ans elle travaille à la fabrication des bombes, elle est employée au tour.

Il y a 15 ans, en 1904, elle ressent des douleurs très vives au niveau des gouttières calcanéennes à droite ; elle est obligée de rester au lit quelques jours. Depuis, ces douleurs se font sentir presque tous les ans en mars-avril.

En novembre 1918, grippe ; la malade est très fatiguée, pas de crachement de sang, mais depuis ce moment toux matinale, sèche.

En décembre 1918 elle commence à ressentir une gêne dans l'articulation du poignet gauche ; les mouvements de la main deviennent douloureux soit pendant son travail, soit pendant la torsion du linge. Le moindre attouchement réveille de vives douleurs. Deux mois après, en février 1919, à l'occasion d'un mouvement violent apparition d'une tuméfaction de la grosseur d'une noisette. Il n'y a pas de modification de la peau ; il y a de la douleur à la pression.

Cette tuméfaction siège au niveau de la face dorsale du semi-lunaire. En octobre 1919, la tumeur disparaît, mais l'articulation reste douloureuse, et les variations de température amènent une exacerbation.

En juin 1919, douleur au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite ; puis apparition d'une petite tumeur au niveau du tendon de l'extenseur du gros orteil ; la tumeur est de la grosseur d'un gros pois, irréductible, adhérente aux plans profonds.

En même temps, douleur dans la gouttière malléolaire interne, un peu de réaction au niveau du tendon d'Achille, avec production d'air crépitant.

La malade dont l'état général n'est pas satisfaisant va régulièrement à l'Institut d'Hygiène (rue Chevreul). On pratique l'examen de ses crachats le 6 juin 1919 ; résultat positif à + 1. Pour soustraire ses enfants à la contagion tuberculeuse, ils sont envoyés à « *La Maison des Enfants* » à Charly (Rhône).

Depuis le 27 novembre 1919, la courbature augmente, céphalée intense, la malade tousse et présente une expectoration abondante, grisâtre ; elle entre le 3 décembre à l'Hôtel-Dieu, avec un aspect de prostration typhique, de courte durée. L'examen pulmonaire pratiqué à ce moment donne : pas de modification de la sonorité ; à l'auscultation quelques petits râles humides après la toux au niveau du sommet droit en arrière ; l'expiration est soufflante, l'inspiration est rude dans toute la hauteur à droite. Signes qui correspondent à une sclérose légère du sommet droit.

### OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tixier).

Antonia D..., 22 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Anne) le 27 janvier 1919. La malade a eu une crise d'appendicite récente, mais sans grande réaction fébrile. Sous l'influence du repos et du lit, disparition de tous les symptômes ; on peut opérer à froid.

Dans ses antécédents, à retenir une pleurésie six ans avant. Le 4 février, intervention ; Incision de Jalaguier ; appendicectomie à l'ordinaire. Le péritoine était rouge, indiquant des lésions récentes, des ganglions dans le méso.

D'autre part la malade présente un kyste du poignet, qui doit

affirmer les suspicions de tuberculose appendiculaire. Ce kyste d'origine articulaire siège à la face dorsale du poignet. On procède à son ablation par dissection. Les suites opératoires ont été d'une simplicité parfaite ; la malade se levait déjà lorsqu'elle eut une poussée de grippe suivie deux ou trois jours après d'une nouvelle élévation thermique, avec point de côté extrêmement violent à gauche au niveau des fausses côtes. Le pouls est très rapide, la malade a des vomissements ; la douleur s'irradie jusque dans l'épaule gauche. L'auscultation négative le premier jour, fait entendre bientôt des frottements typiques avec bruit de cuir neuf au niveau de la ligne axillaire.

Puis apparaît de la matité qui remonte progressivement jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate ; l'obscurité respiratoire est complète.

Pas de souffle, pas d'égophonie ou de pectoriloquie. Une ponction ne ramène rien. Progressivement la température redescend à la normale et l'épanchement se résorbe ; diminution de la matité et réapparition du murmure vésiculaire.

#### OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Murard).

Louise T..., 32 ans. Repasseuse (mais employée comme femme de service depuis quelques mois à l'Hôtel-Dieu).

Entre le 26 janvier 1920. (Salle Sainte-Anne).

*Antécédents héréditaires* : Rien à signaler.

*Antécédents personnels* : La malade est la neuvième d'une série de dix enfants ; un seul est mort, tous les autres sont bien portants. A six ans une maladie nécessite une ponction au ventre ; à ce moment la malade habitait dans un lieu humide et froid. Le ventre était gros, ballonné, douloureux. En même temps,

évolution d'un abcès dans le creux sus-claviculaire droit : incisé il s'en écoule un pus abondant. Nous avons là probablement une adénite.

Réglée à 11 ans, règles régulières, mais douloureuses et abondantes.

A 17 ans, bronchite grave ; puis points de côté douloureux, empêchant la malade de lever le bras et la gênant fortement dans son métier de repasseuse.

Dès lors, bronchites à répétition, avec fièvre et frissons, crachats abondants, épais, verdâtres ; son état général décline et elle remarque qu'elle maigrit et engraisse subitement.

Il y a deux ans, en 1918, les points douloureux augmentent, l'amaigrissement s'accroît. La malade va passer quelques mois à la campagne ; à son retour elle pèse 48 kgs ; ce qui représente à ses dires son poids normal.

Mais progressivement, elle maigrit, et actuellement elle ne pèse plus que 42 kilogrammes. Elle abandonne son métier de repasseuse, pour celui de femme de service à l'Hôtel-Dieu.

En août-septembre 1919, à la suite de manipulations d'objets lourds, elle voit apparaître une tuméfaction sur la face dorsale du poignet gauche. Nous avons un kyste synovial non douloureux, ne gênant nullement les mouvements de la main. La tumeur soulève la peau en formant deux ou trois petits lobes, elle est oblique par rapport à la direction des tendons, nettement fluctuante, sans aucun caractère de réduction. Elle est située sur une ligne transversale qui passe par l'articulation carpo-métacarpienne, et sur la partie interne de cette ligne. Depuis son apparition elle continue à grossir d'une façon régulière, sans amener de modifications des plans superficiels.

*Intervention le 27 janvier.* — Dissection du kyste, qui arrive par un pédicule étroit jusqu'au niveau de l'articulation du poignet. On

pince le pédicule on transfixe et on sectionne. Reconstitution des gaines de l'extenseur de l'index et du long extenseur du pouce qui étaient adhérentes; suture de la peau. Le contenu du kyste est colloïde.

M. Murard fait une inoculation au cobaye de la façon suivante : ouverture du péritoine sur la ligne blanche ; le kyste, transfixié à sa base par un catgut qu'on lie pour l'oblitérer, est suspendu dans le péritoine ; le catgut du pédicule sert à refermer la paroi.

Nous examinons la malade le 5 février ; elle est amaigrie, présente un mauvais état général ; la région scapulaire gauche est saillante et surélevée. Submatité aux sommets droits et gauche et dans la zone intertracheobronchique ; matité de la base droite. Les vibrations sont diminuées aux sommets et sur toute la hauteur du poumon droit. Le murmure vésiculaire est affaibli aux deux sommets, et au niveau du creux de l'aisselle droite. La respiration est rude dans tout le côté gauche, affaiblie à droite et s'accompagnant de frottements pleuraux à la base. La malade présente donc nettement des signes d'infiltration des sommets et des signes de réaction pleuro-pulmonaire sur toute la hauteur du poumon droit.

*Résultats de l'inoculation.* — Le 6 mars le cobaye est sacrifié. Il ne présente aucune trace de tuberculose dans les viscères. Le kyste est resté intact à la face profonde de la ligne blanche ; il est saillant dans le péritoine, mais sans aucune adhérence avec l'intestin ; il n'y a eu aucune réaction péritonéale. Il est plongé aussitôt dans du liquide de Bouin et envoyé au laboratoire.

Après fixation, la coupe montre qu'il est rempli d'un liquide butyreux.

L'examen histologique ne décèle aucun élément tuberculeux. Ainsi les résultats de l'inoculation sont négatifs ; néanmoins nous les signalons.

---

## CHAPITRE VIII

### Traitement.

Nous n'aborderons pas l'historique des méthodes thérapeutiques mises en œuvre contre les kystes du poignet ; la question a été longuement traitée dans toutes les thèses de nos devanciers. Qu'il nous suffise de dire que ces méthodes sont innombrables ; néanmoins on peut les ranger sous six chefs principaux :

- 1<sup>o</sup> *Compression* ;
- 2<sup>o</sup> *Incision* ;
- 3<sup>o</sup> *Cautérisation* ;
- 4<sup>o</sup> *Ecrasement* ;
- 5<sup>o</sup> *Injections d'iode* ;
- 6<sup>o</sup> *Extirpation*.

La compression, la cautérisation sont des moyens lents, parfois inefficaces, et qui comme l'incision exposent à la récurrence.

L'écrasement est un moyen brutal et douloureux ; le contenu du kyste passe dans le tissu conjonctif, où il est facilement résorbé ; d'autre part en nous basant sur nos données étiologiques nous rejetons ce procédé, qui expose à la diffusion dans les tissus environnants de produits de nature tuberculeuse.

Les injections d'iode sont susceptibles de donner

de bon résultat ; elles ont l'avantage de ne point laisser de cicatrice.

Quoiqu'il en soit, nous guidant toujours sur nos données étiologiques nous donnons la préférence à la cure radicale : l'*extirpation*. Aussi, en présence d'un kyste synovial du poignet nous dirons qu'il y a lieu d'instituer :

A. — UN TRAITEMENT LOCAL : *Intervention opératoire*.

B. — UN TRAITEMENT GÉNÉRAL : *Surveillance du malade au point de vue des complications tuberculeuses locales ou générales*. — Dans ce cas instituer le traitement de la tuberculose commune avec quelques amendements.

TECHNIQUE DU TRAITEMENT OPÉRATOIRE. — La technique comprend les temps essentiels suivants :

1° *Incision des plans superficiels* ;

2° *Dissection du kyste*. — Cette dissection est de difficulté variable, suivant les adhérences contractées par le kyste avec les organes voisins. Dans le cas d'adhérences avec les gâines tendineuses, reconstituer soigneusement ces dernières.

3° *Section du pédicule*. — Le sectionner le plus près possible de l'articulation ;

4° *Fermeture de l'articulation*. — Refermer l'articulation soigneusement, après avoir touché la section avec de l'iode.

5° *Suture*. — Suture les plans superficiels et ne pas pratiquer de drainage ;

6° *Immobilisation*. — Il est bon d'immobiliser le poignet, dans un appareil plâtré, pendant 15 jours.

Comme nous l'avons déjà dit, il importe de surveiller l'apparition possible, ultérieure d'une tuberculose du poignet ou d'une tuberculose viscérale ; dans ce cas le



Fig. 1 (1)

kyste n'a été qu'un signe prémonitoire. Dans la suite, le port d'un petit appareil orthopédique (fig. 1.) doit être conseillé au malade.

---

(1). Cliché dû à l'obligeance de M. Aubert, orthopédiste, Lyon.

## CONCLUSIONS

---

I. — Au point de vue pathogénique, les kystes synoviaux du poignet relèvent : d'une hernie de la synoviale distendue par un certain degré d'hydarthrose de la jointure sous-jacente ; et parfois du développement des follicules sous-synoviaux.

II. — Si les causes mécaniques ont un rôle certain dans leur production, ils constituent souvent une forme atténuée de tuberculose articulaire.

III. — Loin de considérer le kyste du poignet comme une affection banale, il faut en surveiller étroitement l'évolution et le traiter.

IV. — L'existence d'un kyste du poignet possède une valeur séméiologique importante, au double point de vue de l'apparition ultérieure d'un ostéoarthrite du poignet, ou d'une tuberculose viscérale.

V. — Leur traitement consistera dans l'intervention opératoire : excision suivie d'immobilisation prolongée en appareil plâtré pour éviter tout retentissement articulaire ; ultérieurement, le port d'un petit appareil orthopédique doit être conseillé.

VI. — Dans les cas se réclamant d'accidents du travail, faire une appréciation des éléments juridiques et médicaux pour chaque cas d'espèce.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE  
TIXIER.

*Vu :*  
LE DOYEN,  
HUGOUNENG.

*Vu et permis d'imprimer :*  
Lyon, le 11 mars 1920.  
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
JOUBIN.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BRODIE. — Traité des maladies des articulations. Paris 1819.
- CHASSAIGNAC. — Dictionnaire des Sciences médicales.  
*Gazette des Hôpitaux, 1845.*
- GOSSELIN. — Mémoires de l'Académie de Médecine, 1851.  
*Gazette des Hôpitaux, 1868. Clinique de la Charité, 1879.*
- LÉVEILLÉ. — Nouvelle doctrine chirurgicale. Paris, 1812, tome II.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales.
- ELLER. — Mémoires à l'Académie de Berlin. Berlin, 1876.
- MALGAIGNE. — Revue médico-chirurgicale, tome III.
- CLOQUET. — Archives générales de médecine, 1829.
- NÉLATON. — Gazette des Hôpitaux, 1852.
- KNORR. — De ganglūs synovialibus. Berlin, 1858.
- BROCA. — Traité des tumeurs.
- FOUCHER. — Gazette hebdomadaire, 1855.  
*Archives Générales de Médecine, 1856, tome II.*
- WIRCHOW. — Traité des tumeurs, tome I.
- POULET ET BOUSQUET. — Traité de pathologie externe.
- MICHON. — Thèse Paris, 1851.
- LEGUEY. — Thèse Paris, 1837.
- LEGOUEST. — Thèse Paris, 1857.
- PHILIPPI. — Thèse Paris, 1873.

- DOREZ. — Thèse Paris, 1874.
- BOLOGNESI. — Thèse Paris, 1882.
- HOCHET. — Thèse Paris, 1894.
- LECOURT. — Thèse Paris, 1896.
- DAUGE. — Thèse Toulouse, 1897.
- DAUCHELLE. — Thèse Paris, 1897.
- DUPLAY. — Traité de chirurgie.
- POIRIER. — Anatomie humaine.  
*Bulletin de la Société Anatomique, 1<sup>er</sup> janvier 1886.*
- LE DENTU. — Revue Générale de Clinique et Thérapeutique, 1893.
- KIRMISSON. — Kystes synoviaux du poignet.
- SCHWARTZ. — Nouveau Dictionnaire de Médecine et Chirurgie.  
*Bulletin de la Société de Chirurgie, 1878.*
- LÉDDERHOSE. — Die Actiologie der carpalen ganglien, 1893.
- DI BELLE. — G. Gazz, chirurg. di Palermo, 1879.
- COTTE. — Origine tuberculeuse des kystes du creux poplité.  
*Bulletin Médical, 1907.*
- L. THÉVENOT. — La tuberculose des articulations, des gaines et des bourses séreuses.
-

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| Introduction .....                      | 5  |
| I. — Historique .....                   | 7  |
| II. — Pathogénie .....                  | 10 |
| Théorie folliculaire .....              | 10 |
| Théorie de la hernie synoviale .....    | 11 |
| Théorie néoplasique .....               | 12 |
| Théorie de Franz .....                  | 13 |
| III. — Anatomie pathologique .....      | 15 |
| IV. — Etiologie .....                   | 17 |
| Causes mécaniques .....                 | 18 |
| Causes infectieuses .....               | 19 |
| V. — Etude clinique et diagnostic ..... | 24 |
| VI. — Point de vue médico-légal .....   | 27 |
| VII. — Observations .....               | 31 |
| VIII. — Traitement .....                | 37 |
| IX. — Conclusions .....                 | 40 |
| Bibliographie .....                     | 42 |

---











